II Odbitka z „Medycyny" (T. X z r. 1882).

W.ny Pan Doc Dr Grabowski

Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego za rok 1881/82.

Podał dr. A. Obaliński, docent chirurgii w uniw. Jagiellońskim.

Sprawozdanie to obejmuje raczej nie rok cały, lecz 10 miesięcy, czyli jeden rok szkolny, w którym po śmierci ś. p. professora Bryka, zastępczo klinikę chirurgiczną prowadziłem.

Dotyczy ono tylko przypadków spostrzeganych i operowanych w klinice stałej, gdy druga część materyału naukowego t. j. klinika ruchoma, znacznie naturalnie liczniejsza, tutaj uwzględnioną nie będzie.

W roku 1881/82 było razem 173 chorych, z tego 104 mężczyzn 69 kobiet. Jeżeli jednak opuścimy z tej ogólnej summy tych chorych, którzy po kilkakroć byli zapisani, jako też i tych, którzy się oddalili zaraz po zapisaniu, nie chcąc się poddać proponowanemu leczeniu, pozostanie nam liczba ogólna 163, którą dla większej dokładności jako podstawę dalszych wywodów uważać będę.

Ogólna ta summa dzieli się, jak następuje:

	Mężczyzn	Kobiet	Razem
Głowa	30	14	44
Szyja	7	7	14
Klatka piersiowa	6	7	13
Przewód pokarmowy	9	2	11
Części płciowe	11	2	13
Kończyny górne	10	6	16
„ dolne	28	24	52
Razem	101	62	163

Z tego umarło 5 kobiet i 2 mężczyzn, razem: 7, czyli biorąc bezwzględnie, mielibyśmy procent śmiertelności 4.2; jeżeli jednak uwzględnimy przyczynę śmierci a mianowicie, że dwoje umarło w pierwszych 24

godzinach i to z powodu choroby, z którą przybyli (*Lymphadenoma mediastini antici* i *Vulnus caesum abdominis cum prolapsu intestinorum inveterato*), że jedna chora przyjętą była dla rozpoznania (*carcinosis*) a jedna umarła nagle z powodu pęknięcia łuku aorty, pozostaje nam tylko troje umarłych, których śmierć stoi w związku przyczynowym z pobytem w klinice, lub tamże przedsięwziętem leczeniem i tak: 1) *pyaemia post amputationem mammae et evacuationem glandularum axillae* 2) i 3) *peritonitis suppurativa post herniotomiam cum resectione intestini gangraenosi*. Tak więc wynosiłaby śmiertelność tylko 1.8. W dodatku zastrzedz się muszę, że i z tych chorych, których przeniesiono do szpitala Ś-go Łazarza dla dokończenia kuracyi żaden nie umarł.

Z chorób przyrannych pojawiła się oprócz jednego przypadku ropnicy, tylko róża i to wszystko sześć razy i to raz tylko z ciężkim, zresztą z lekkim przebiegiem.

Dla uzupełnienia obrazu tego wypada mi teraz przedstawić szereg rękoczynów przedsiębranych w klinice stałej:

Amputatio linguae	1 . . .	—
„ *mammae*	3 . . .	1†
„ *digiti*	1 . . .	—
„ *brachii*.	1 . . .	—
„ *cruris*	6 . . .	—
„ *femoris*	5 . . .	—
Enucleatio antibrachii	1 . . .	—
„ *coxae*	1 . . .	—
„ *Choparti*	1 . . .	—
Blepharoplastica	2 . . .	—
Cheiloplastica	20 . . .	—
Extirpatio neoplasmatis	21 . . .	—
Excochleatio ossium	11 . . .	—
Fistulae ani operatio	4 . . .	—
„ *urethralis*	1 . . .	—
„ *vesico-vagin.*	1 . . .	—
Herniotomia.	2 . . .	2†
Incisiones	13 . . .	—
Ligatura art. carotis com. . . .	1 . . .	—
Lithotripsia	1 . . .	—
Necrotomia	6 . . .	—
Osteotomia	1 . . .	—
Oper. rad. hydrocelis	3 . . .	—
„ *Pseudarthroseos*.	1 . . .	—
Rhinoplastica	1 . . .	—
Resectio maxil. sup.	3 . . .	—
„ „ *inf.*	1 . . .	—
„ *cubiti*	3 . . .	—
„ *coxae*	1 . . .	—

Resectio genu	2	—
Trepanatio	1	—
Thoracocentesis	1	—
Uranoplastica	1	—
Urethrotomia ext.	1	—
Razem	123 . . .	3†

Rezultat taki nazwać trzeba świetnym i dziwić się tylko należy, że otrzymać go można przy takiem pomieszczeniu chorych, jakie daje klinika chirurgiczna krakowska. Szczegółów podawać nie będę, bo to trzeba z bliska widzieć, aby doznać tego przykrego uczucia, jakiego ja przynajmniej doznaję; ograniczę się tylko do nadmienienia tego, czego przy oglądaniu spostrzedz nie można, a o czem ja z własnego doświadczenia wiem, mianowicie że jedna z sal chorych służyła przed laty 15 za pracownię anatomo-patologiczną; że w sali operacyjnej, która nawiasem mówiąc mieścić musi około 100 uczniów, chociaż wystarcza zaledwie dla 40, odbywały się jeszcze przed laty 14 sekcye patologiczne i ćwiczenia operacyjne na trupach!!!, że tuż obok sali operacyjnej znajduje się małe muzeum, które niegdyś było składem preparatów anatomo-patologicznych! Wszystko to są rzeczy, które być może z dawniejszemi pojęciami o postępowaniu z ranami się zgadzały, ale dzisiaj wobec antyseptyki przez cały świat przyjętej są grzechem jeżeli nie o pomstę do nieba wołającym, to przynajmniej o konieczne wybudowanie nowego zakładu klinicznego.

Jeżeli więc w obec tych stosunków pochlubić się można powyższemi wynikami, to tem większa chluba przypada w udziale metodzie antyseptycznej i daje z drugiej strony dowód, że metoda ta była dobrze wykonaną. Mimo to jednak nie radziłbym podejmowania w tych warunkach otwarcia jamy brzusznej, wiadomo nam bowiem, jak czułą jest otrzewna na tego rodzaju stosunki i jak łatwo ona wsysa.

Jakkolwiek nie robiłem ani razu laparatomii w ciągu tego roku, uderzyć jednakże musi, że przeważna ilość zejść śmiertelnych odnosi się do obrażeń, w których choć w części odsłoniętą była otrzewna.

Mówiąc o opatrunku nadmienić muszę jeszcze o jednej rzeczy, mianowicie, że przez cały rok prawie we wszystkich przypadkach używałem opatrunku jodoformowego, a zatem i z tego względu jest ten wynik ważnym, albowiem daje on dobre świadectwo o jodoformie.

Co do samego opatrunku to z początku używałem posypywania ran za pomocą puszki z dnem dziurkowanem, wypełnionej proszkiem jodoformowym; od czasu jednakże mego jedynego ale ciężkiego przypadku zatrucia jodoformem (patrz Przegląd Lekarski 1882. 6), opuściłem tę część opatrunku a pozostałem przy reszcie t. j. że używałem wszędzie tam gazy jodoformowej, gdzie dawniej używano gazy karbolowej; *silk protective*, papier gumowy, wata oczyszczona i opaski organtynowe pozostały niezmienione tak samo jak i inne warunki wprowadzone przez Listera: dreny, dokład-

ne oczyszczanie pola operacyjnego, gąbek, narzędzi i rąk; spraya przeważnie nie używałem lub tylko na kilka minut przed samą operacyą. Wszystkie zaś rany jamiste, zatokowate, osobliwie takie w których dnie znajdowały się kości spróchniałe a łyżeczką ostrą wyskrobane, tamponowano gazą jodoformową, która pozostawała przez kilka dni, tamując z jednej strony krwotok a zapobiegając z drugiej rozkładowi wydzieliny przyrannej Tak samo leczyłem i rany po nekrotomii, jako też po niektórych operacyach typowych np. w tych rezekcyach, w których nie idzie o zrośnięcie się kości z sobą, lecz przeciwnie o wyrobienie się wrzekomego stawu, jak w rezekcyi łokcia. Opatrunek taki pozostawał od 2 do 8 dni stosownie do tego czy przebiła się wydzielina na zewnątrz lub nie. Rany takie pokrywają się ziarniną bardzo piękną, bujną i zdrową nawet tam, gdzie kość zposoczała, była wyskrobaną. O wyjątkach będzie mowa później. Również bardzo zbawiennym okazał się taki tamponowo-jodoformowy opatrunek w przypadkach leczonych typowo przeciwgnilnie, w których z powodu wytworzenia się „przestrzeni martwych” (*todte Räume*) przyszło do posoczenia, lub tam, gdzie odrazu mieliśmy do czynienia z raną nieczystą. Gdy w jednej z naszych amputacyi podudzia zaczęła się nagromadzać pod płatem ropa, oddaliłem szwy i dreny i wypełniłem przestrzeń gazą jodoformową; gorączka opadła natychmiast a gojenie „*per secundam*” postępowało bardzo pięknie. Nie zaleca się jednakże takie postępowanie tam, gdzie mamy nadzieję osiągnięcia rychło zrostu.

Po tych ogólnych uwagach przystępuję do szczegółowego sprawozdania, przyczem nadarzy się jeszcze sposobność do omówienia bliższego niejednej ważnej kwestyi.

I. Głowa.

Mężczyzn 30. — Kobiet 14. — Razem 44.

Z tego przypadają na czaszkę dwa przypadki, mianowicie: przypadek ropnia śródczaszkowego, powstałego po obrażeniu czaszki a otworzonego za pomocą trepanacyi z zejściem pomyślnem (ciekawych odsełam po bliższe szczegóły do Przeg. Lek. w którym przypadek ten ma być ogłoszonym).

Drugi przypadek również ciekawy pozwolę sobie bliżej opisać. M. R. lat 39 liczący, parobek dobrze zbudowany i odżywiony, zgłosił się w dniu 2 Kwietnia b. r. do kliniki chirurgicznej z powodu znacznego guza na szczycie głowy, o którym opowiada, że powstał przed półtora rokiem po uderzeniu się o odrzwia. Na kilka tygodni przed przybyciem przeciął sobie zniecierpliwiony chory guz ten brzytwą. wskutek czego powstał bardzo znaczny krwotok. Badanie wykazuje u człowieka zresztą zupełnie zdrowego na szczycie czaszki guz wielkości dwóch pięści, pokryty skórą naprężoną, w fałdę ująć się nie dającą, na samym szczycie strupem wielkości talara pokrytą, po usunięciu którego zaraz powstaje bardzo znaczny krwotok. Guz ten jest chociaż nieznacznie, lecz zawsze trochę poruszalnym, stożkowatym, mało bolesnym, elastyczno-twardawym, gładkim.

Badanie za pomocą akupunktury Middeldorpfa wykazało kości czaszkowe nie przebite. Tętnica skroniowa prawa w guz wchodząca, grubości pióra gęsiego i bardzo wybitnie wężykowato przebiegająca. Najbliższe gruczoły chłonne na szyi ani na karku nie powiększone. Rozpoznanie wahało się między znacznie unaczynionym mięsakiem, a między tętniakiem kędzierzastym (*aneurysma cirsoides*). Za tym drugim przemawiała tętnica zgrubiała i wężykowato przebiegająca i znaczny krwotok; za pierwszym jednak kształt guza stożkowaty, jego powierzchnia gładka i przesuwalność; gdy względy te przemogły, rozpoznano „*sarcoma*" i przystąpiono dnia 12 Kwietnia do wyłuszczenia go.

Po pierwszem cięciu w skórze powstał tak znaczny krwotok, że musiano odstąpić chwilowo od operacyi i zatamponować ranę watą, maczaną w półtorachlorku żelaza. W tydzień później po wzmocnieniu się chorego przystąpiłem do powtórnego wydobycia nowotworu, lecz po poprzedniem podwiązaniu tętnicy szyjowej, głównej, celem zapobieżenia krwotokowi, którego doniosłości już poprzednim razem doświadczyłem.

Tętnicę odsłonięto sposobem Coopera i przewiązano katgutem, poczem zaraz przystąpiono do wyłuszczenia nowotworu, co się też tym razem szybko odbyło, z powodu że był on otorbiony; podwiązano na miejscu 4 tętniczki, naturalnie po stronie lewej, po prawej bowiem odbyło się wyłuszczenie zupełnie bezkrwawo. Ranę po podwiązaniu tętnicy opatrzono po listerowsku, drugą zaś na głowie zatamponowano gazą jodoformową. W ciągu 2 tygodni zmieniono opatrunki 4 razy, poczem jako rekonwalescenta odesłano chorego na oddział chirurgiczny szpitala Ś-go Łazarza.

Badanie mikroskopijne (prof. dr. Browicz) stwierdziło rozpoznanie kliniczne, albowiem guz wykazał się jako mięsak drobno-komórkowy.

W kilka tygodni wytworzył się wśród pięknej ziarniny guzik sinawy, który uważano za recydywę i wydobyto z łatwością a miejsce to termokauterem przypalono, poczem gojenie postępowało szybko, tak iż wkrótce potem pacyent opuścił szpital jako wyleczony.

N a n o s i e wycięto dwa wrzody rakowate (*carcinoma planum*), z których jeden zastąpiono plastycznie płatem z czoła wziętym—drugi zaś przypalono termokauterem. Obydwaj wyszli uleczeni.

W o k o l i c y o k a wycięto dwa razy owrzodzenia rakowate i zastąpiono ubytek za pomocą plastyki Dieffenbacha z bardzo dobrym skutkiem.

W 3-cim przypadku wytworzono plastycznie całą dolną i pół górnej powieki również po wycięciu płaskiego raka bardzo rozległego. Wszystkie te plastyczne operacye udały się bardzo dobrze i w krótkim czasie zagojone opuściły zakład.

Raz przypalono termokauterem recydywujący obecnie a przed ½ rokiem w ten sam sposób operowany wrzód rakowaty.

W jednym przypadku odwinięcia powieki górnej, skutkiem blizny (*ectropium organicum*), gdzie ciągłe odsłonięcie oka sprawiło już owrzodzenia na rogówce, osiągnąłem znakomity skutek za pomocą metody Szymanowskiego, opisanej w jego pośmiertnem, przez Uhdego wydanem dzie-

le. Ciekawych odsełam więc tam po dokładne informacye, gdyż dla krótkości opuścić muszę opis postępowania, które już nie jednokrotnie posłużyło mi do usunięcia tego zboczenia choćby nawet bardzo znacznego stopnia.

W jamie ustnej spostrzegaliśmy dwa przypadki: jeden z nich był nowotworem rakowatym, zajmującym czwartą część języka, który bezkrwawo za pomocą pętli galwanokaustycznej odjęto, drugi zaś zasługuje na bliższy opis jako przypadek niezwykły:

Wywiady: Regina Szkodzińska lat 38 r. k. wyrobnica w Trenczy około Sieniawy od lat 13-tu zamężna i matka 5-ga dzieci, z których pierwszych troje w pierwszym roku życia umarło z niewiadomej przyczyny Sama chora oprócz kilkakrotnej zimnicy przebyła przed 2-ma laty prawdopodobnie ropne zapalenie lewej ślinianki przyusznej (*Parotitis suppurativa sinistra*), zakończone wydobyciem się dobrowolnem ropy na zewnątrz i zabliźnieniem następowem otworu w skórze. Blizna biała, rozległa, poniżej małżowiny ucha lewego oraz wyraźne uwidocznienie się kąta szczęki dolnej, potwierdza podanie chorej. Co do obecnego cierpienia podaje ona, iż od urodzenia miała na szyi, powyżej kości gnykowej (*os hyoideum*) guz miękki, wielkości orzecha włoskiego, niebolesny, ruchomy, który zwolna począł się powiększać ku szczęce dolnej, szczególniej zaś w 4-ch ostatnich latach, tak iż dziś przybrał rozmiary niemal jaja strusiego. Nawiasowo dodaje chora, iż w dzieciństwie przecinano jej wędzidełko podjęzykowe (*frenulum linguae*) z powodu przyrostu języka.

Stan obecny: kobieta wzrostu średniego, miernie odżywiona o kośćcu licho rozwiniętym i tkance tłuszczowej zanikłej, lecz mięśniach dość jędrnych, wreszcie skórze cery ziemistej a błonach śluzowych, dostępnych badaniu, bladych, nie przedstawia w organach wewnętrznych zmian żadnych prócz pokrycia tonu pierwszego wyraźnym szmerem nad końcem serca i prawą jego komórką — tony nad tętnicą główną (aortą) słabo słyszalne i jakby urwane.

Na szyi widzimy guz wielkości jaja strusiego, zajmujący oba trójkąty podszczękowe, jakby z trzech złożony, z których najmniejszy zajmuje prawy większy lewy trójkąt, a największy sięga do jamy ustnej pod język, którego mięśnie równie jak pod nim na dnie jamy ustnej leżącą błonę śluzową zużytkowuje na swe ściany, wypełniając swą objętością niemal całą jamę ust, a uciskiem wywołując znaczny zanik dziąseł na obu szczękach szczególniej zaś na dolnej, równie brak jest zębów w obu szczękach i tylko kilka szczątków zębnych świadczy o ich dawnej bytności. Od dołu granicę nowotworu stanowi kość gnykowa, z boków przednie brzegi mięśni schylaczy głowy. Guz jest niebolesny, nawet przy ucisku, miękki, chełboczący bardzo wyraźnie i jakby słabo przeświecający. (Wszystkie trzy są z sobą w połączeniu). Skóra na nim cienka, blada lecz prawidłowa; nie sprawia on ucisku ani na naczynia, ani krtań lub tchawicę, ani też tych ostatnich nie przemieszcza. Dobrowolnie jest chora w stanie większą połowę guza, będącego w jamie ustnej z tejże wysunąć na zewnątrz warg i wtedy na jego górnej powierzchni, nieco ku

lewej stronie, widzimy rozpłaszczony język i to tylko jego część końcową.

Mimo obecności nowotworu tak znacznych rozmiarów w jamie ustnej nie ma żadnych objawów duszności lub krótkiego oddechu, gdyż język nie jest zepchnięty ku jamie noso połykowej, lecz zużyty na ściany nowotworu. Za to wymowa bardzo niewyraźna, zaledwie zrozumiała.

Z powyższego opisu wynikało jasno, że mieliśmy do czynienia z guzem o ścianach cienkich, zawierającym płyn rzadki, przeto odrazu wykluczyć wypadało guzy twarde, stałe, w tem miejscu się rozwijające, a rozstrzygnąć między: 1) ropniem (*abscessus*), 2) skórzakiem (*cysta dermoidalis*), 3) wolem torbielowatym (*struma cystica*), 4) puchliną szyi torebkową, wrodzoną (*hygroma congenitum colli*), 5) wodniakiem szyi (*hydrocele colli*), 6) torbielem szyi nabytym (*cystohygroma acquisitum)* i wreszcie 7) żabką (*ranula*). Pierwszy t. j. ropień wykluczono z powodu zbyt długiego trwania guza i braku wału zapalnego; drugi z tego powodu, że nigdy nie dochodzi do tak znacznej wielkości i nie daje tak wybitnego chełbotania; trzeci, czwarty i piąty nie zdarzają się nad kością gnykową, lecz z boku szyi. Najwięcej prawdopodobieństwa miały guzy pod 6 i 7 wymienione, mianowicie jako wychodzące albo z torebki maziowej (Fleischmann) albo z zatoki, biorącej początek od tak zwanego *foramen coecun* (Neumann, Bohdalek junior), czy też od gruczolu ślinowego podszczękowego. Wychodząc więc z tego punktu widzenia, postanowiono wypuścić treść tego torbiela a przez drenowanie wzniecić zapalenie ścian jego i sprowadzić zrośnięcie się tychże, gdyż w obec tak znacznych rozmiarów jego, nie można było myśleć o wypreparowaniu całej torby.

Dnia 6 Lipca otworzono chorej nowotwór cięciem podłużnem 6 ctm. długiem po stronie lewej szyi, z góry na dół i okazało się, iż zawartość jego była do ropy podobną, a że wnętrze torbiela było wysłane błoną gładką, jakby nabłonkiem pokrytą. Nie mamy tu więc do czynienia z ropniem tylko z torbielem, którego zawartość dopiero w ostatnich czasach przeszła w ropienie. Brzegi ścian torbiela zespojono szwami z katgutu ze skórą, jak przy *hydrocele* (wodniak) założono sączek i wyczyściwszy dokładnie torbiel, założono opatrunek czysto listerowski. Guzy wszystkie znikły, lecz mowa chorej, która była bełkocząca niewyraźna, nie o wiele się polepszyła. Od 6 do 14 Lipca zmieniono kilka razy opatrunek, przyczem zauważono bardzo skąpe wydzielanie się płynu surowiczo ropnego przez dren; gorączki ani boleści nie było. W dniu 14 Lipca pacyentka wyszła do domu na własne żądanie.

N a t w a r z y wydobyto trzy razy nowotwory, mianowicie śluzomięsak (*myxo sarkoma*) wielkości jaja kurzego z okolicy przyusznej lewej—gruczoło-mięsak (*lymphosarkoma*) również wielkości jaja z okolicy kąta szczęki dolnej i guz krwawy jamisty (*tumor cavernosus*) wielkości orzecha włoskiego, głęboko wśród mięśni twarzy u 7-letniego chłopaka położony. Wszystkie rany po tych operacyach zagoiły się szybko pod kilkoma opatrunkami przeciwgnilnemi.

N a w a r g a c h postrzegano: jeden guz jamisty (*tumor cavernosus*) na wardze górnej u 4 miesięcznego dziecka, które w kilka dni po operacyi plastycznej (wycięcie w kształcie V) wyszło wyleczone. Operowano plastycznie ubytki wargi powstałe albo wskutek zgorzeli, albo po ukąszeniu. Te ostatnie były nawet bardzo rozległe. We wszystkich przypadkach udało się przynajmniej w części przywrócić kształty prawidłowe.

Z sześciu warg zajęczych były trzy po stronie prawej i tyleż po stronie lewej. Cztery razy towarzyszyło rozszczepienie podniebienia (*uranoschisma*). Operacyę warg wykonano najczęściej metodą MIRAULTA lub MALGAIGNE'A zawsze z dobrym skutkiem. Uranoplastyka u 24 lat liczącego mężczyzny udała się w przedniej połowie, t. j. przez zeszycie płatów śluzo-okostnowych, podniebienie zaś miękkie nie dało się zbliżyć z powodu znacznego zaniku płatów.

Dziesięć razy operowano raka wargi dolnej, z tego 8 razy u mężczyzn a 2 razy u kobiet. Pięć razy wycięto nowotwór w kształcie piątki rzymskiej, raz operowano metodą JÄSCHE'GO a pięć razy metodą BLASIUSZA. Z wyjątkiem jednego przypadku operowanego tym ostatnim sposobem, w którym kawałek płatu uległ zgorzeli i zagoił się dopiero przez ropienie, we wszystkich innych nastąpiło zagojenie odrazu.

Jedna kobieta umarła szóstego dnia po operacyi nagle. Badanie pośmiertne wykazało: *Ruptura Aortae ascendentis subsequo haemopericardio. Processus atheromatosus Aortae insignis nec non arteriarum ad basim cerebri. Infilratio adiposa hepatis. Atrophia lienis. Emphysema marginale, anthracosis et hyperaemia hypostatica partium posteriorum pulmonum. Endothelioma durae matris ad cristam galli.*

W jednym przypadku wykonano wycięcie płaskiego wrzodu rakowatego z wargi górnej u 55-letniego izraelity, który już przed 5 laty z tego samego powodu poddał się był w tutejszej klinice operacyi plastycznej nosa. Obecnie wykonano mu plastykę wargi górnej. Po kilku tygodniach opuścił zakład jako wyleczony. Przypadek ten zasługuje jeszcze z tego względu na uwagę, że tu rak wytworzył się na podstawie liszaju żrącego (*lupus*), stwierdzonego i leczonego przed laty w tutejszej klinice dla chorób skórnych i wenerycznych.

N a s z c z ę c e g ó r n e j spostrzegano cztery przypadki, a mianowicie: dwa przypadki raka, z których jeden wytworzył się na policzku u starca 77 lat liczącego i zwolna dążył ku kości tak, że jej przednią ścianę przebił. Ze względu na wiek chorego i jego stan ogólny przystąpiono tylko do rozcięcia zatok i dokładnego wyłyżeczkowania wybujałości, których zbadanie pod drobnowidzem rozpoznanie stwierdziło. Chory opuścił klinikę niewyleczony; jak się jednak później dowiedziałem, miały się owe zatoki zupełnie zagoić.

Znaczniejszego rękoczynu wymagał drugi przypadek raka szczęki górnej u 66-letniego wieśniaka; wyszedłszy bowiem z jamy HIGHMORA zajął całą lewą połowę szczęki, wysadzając policzek, którego skóra była nietkniętą. Wykonano wycięcie (*resectio*) szczęki górnej, wykroiwszy płat skórny

za pomocą cięcia Weber-Dieffenbacha. Chory przetrzymał operacyą doskonale w połowicznej narkozie i w postawie siedzącej z nachyloną naprzód głową, celem łatwiejszego odpływu krwi. Pomimo róży, która do rany przystąpiła, wyszedł w 14 dni po operacyi z raną zupełnie zagojoną.

Łatwiej poszła sprawa u 18-letniej dziewczyny wiejskiej, która okazywała mięsak wielkości pół jaja kurzego na podniebieniu twardem, wchodzący pomiędzy trzy zęby trzonowe. Po wyjęciu tychże, odcięto guz odrazu kleszczami Velpeau. Znaczny krwotok zatamowano po części termokauterem a po części tamponami z półtorachlorkiem żelaza. Zupełne wygojenie.

Ostatni przypadek dotyczył 22-letniego izraelity, wyrobnika w fabryce zapałek, który 5 tygodni przed zgłoszeniem się do kliniki zaczął cierpieć na ból w szczęce górnej prawej. Pracował w tej fabryce od lat 7-miu a w 6 roku pracy dał sobie wyrwać po raz pierwszy ząb trzonowy prawy, górny, za którym potem poszło kilka innych. Kacheksya wybitna; miejscowo daje się łatwo wzrokiem i zgłębnikiem wykazać, że prawa połowa szczęki górnej jest obnażona. Jakkolwiek jestem zwolennikiem wyczekiwania w przypadkach martwiny fosforowej, to jednakże postanowiłem tym razem pójść za radą tych, którzy wczas operują i zaraz po przybyciu chorego wykonałem wycięcie prawej połowy szczęki górnej z pozostawieniem okostny. Cięcie Weber-Dieffenbacha, uśpienie połowiczne w postawie siedzącej. Płat podniebieniowy dał się bardzo dobrze przyszyć do płata skórnego, tak że nie było komunikacyi między jamą ustną i nosową. Po upływie tygodnia była rana wygojoną, a po kilku tygodniach stwardniały płaty zawierające okostną, tak że mógł chory nawet gryść tą stroną. Byłbym się może nawet dał przekonać tak dobrym wypadkiem do wczesnych operacyi, gdyby nie okoliczność, że tenże sam chory zgłosił się w kilka miesięcy później z tem samem cierpieniem po stronie lewej. Musiano więc i po lewej stronie wypiłować szczękę, co tak samo gładko się odbyło jak i pierwszym razem. W przekonaniu mojem utwierdziłem się tem bardziej, ile że jeszcze i z kości jarzmowej wydobyć musiałem po stronie prawej kawałek kości martwiczej, po czem dopiero chory zupełnie wyzdrowiał. Jeżeli bowiem przeczeka się i później operuje, to można poznać granicę, dokąd sprawa sięga, gdy w początkach albo za wiele albo za mało wycinamy. Co do metody operacyjnej, to zdaniem mojem jest postawa siedząca najodpowiedniejszą, bo można chorego uśpić, a i krwotok nie bywa tak znacznym jak np. przy metodzie Rosego t. j. ze zwieszoną głową. Dodać jeszcze winienem, że po wyjęciu obydwu połów szczęki górnej, twarz bardzo nieznacznie się zapadła, co zawdzięczać należy pozostawieniu okostny i operacyi wykonanej w dwóch czasach, przez co zawsze jedna połowa stanowiła podporę dla drugiej.

Na szczęce dolnej postrzegano i operowano dwa razy martwinę częściową tejże kości po zapaleniu okostny powstałą, jako też i dwa przypadki nowotworów, mianowicie mięsaka. W jednym z nich u dziewczynki 6-letniej wydobyto po rozcięciu policzka cały wyrostek zębodołowy

od pierwszego aż do ostatniego zęba trzonowego wraz z nowotworem (*epulis*) za pomocą kleszczy Velpeau. Policzek zagoił się *per primam*, a rana w ustach wypełniała się zwolna. W drugim u 25-letniego górala, któremu w przeciągu trzech miesięcy urósł w samym trzonie guz wielkości pięści, wykonano wycięcie całego trzonu, poczem wygojenie nastąpiło pomimo róży bardzo prędko, bo w dwa tygodnie po operacyi. Chory odszedł bardzo zadowolony i przedstawił się w ciągu kilku miesięcy kilka razy, aby pokazać, że jest zdrowym i że szczęka dobrze funkcyonuje. Wydobyty nowotwór był mięsakiem wychodzącym z okostny (*sarcoma periosteale*).

S z y j a.

Mężczyzn 7.—Kobiet 7.—Razem 14.

Pominąwszy dwa przypadki ropni na szyi i skórzaka (*cystis dermoidalis*) nie przedstawiających żadnego interesu naukowego, wyszczególnić mi wypada następujące *a*) dwa przypadki chłoniaków (*lymphomata*) z których jeden usunięto drogą krwawą, drugi zaś leczonym był bez skutku przetworami arsenu; *b*) dwa przypadki mięsaka, z których jednego wielkości jaja gęsiego u 16-letniego chłopca wydobyto, drugiego zaś jako nieuleczonego tylko dla dyagnozy przez kilka dni przetrzymano; *c*) bardzo ciekawym był następujący przypadęk: W dniu 27 Lutego b. r. przybyła do kliniki chora l. 36 licząca, u której zaraz na pierwszy rzut oka widzieliśmy objawy bezdechu, wywiady wykazały, że duszność tę, która z każdym dniem się zwiększała, miały guzy na szyi od 4 tygodni wyrosłe sprawić. Badanie pobieżne wykazało, że guzy nie uciskają bezpośrednio na tchawicę i krtań, gdyż dały się łatwo przesuwać. Pozostawiając sobie rozstrzygnięcie tej kwestyi do dnia następnego, poleciłem asystentowi mimo to, ażeby w razie nagłego pogorszenia się wykonał tracheotomią.

Rzeczywiście w kilka godzin później pogorszył się stan bardzo znacznie. Pan dr. Strzechowski przystąpił do tracheotomii, lecz zanim ją ukończył, chora umarła. Badanie pośmiertne wykonane przez prof. d-ra Browicza wyjaśniło nam i zagadkowe ukazanie się guzów wielkości pięści w przeciągu 4 tygodni i właściwą przyczynę duszności.

Po otwarciu klatki piersiowej spostrzeżono guz podłużny zajmujący całe przednie śródpiersie wychodzący ztąd na szyję i pod obiedwie pachy, o powierzchni nierównej, konsystencyi zbitej. Tak na podstawie badania makro jak i mikroskopijnego rozpoznano nowotwór wychodzący z gruczołu limfatycznego (*lymphadenoma*).

d) Sześć przypadków wola.

Z tego były trzy tak zwane torbielowe (*s. cystica*); ponieważ w dwóch było rozpoznanie odrazu na pewne postawione, przeto wykonałem w nich nacięcie torbiela, przyszyłem błonę wewnętrzną torbiela do skóry i założyłem po 2 dreny, podobnie jak to się czyni w „*operatio radicalis hydrocelis*". Przestrzykano 3% kw. karbolowym i opatrzono ściśle przeciwgnilnie Pierwszy z nich 29-letni wieśniak, wygoił się pod 2-ma opatrunkami w ciągu jednego tygodnia. Druga 22-letnia panna opuściła 3-go dnia po operacyi

zakład, celem leczenia się prywatnie w domu. Zaraz potem wystąpiła róża i może ona była przyczyną, że gojenie tym razem postępowało bardzo powoli, gdyż dreny usunięto dopiero po 3 tygodniach i jeszcze potem upłynęło parę tygodni nim rana się zamknęła. U trzeciego 15-letniego chłopaka rozpoznano guz wielkości cytryny, po lewej stronie tchawicy jako *struma parenchymatosa*, a że był ruchomy i sprawiał mu duszność, przeto przystąpiono do wyłuszczenia; rana pooperacyjna zagoiła się bardzo prędko, a guz wydobyty okazał się, jako w. torbielowe. Uwzględniając te, dopiero co wymienione przypadki, nabrałem przekonania, że korzystniejby było wyłuszczać wole torbielowe, niż go rozcinać i drenować, jeżeli tylko nie ma bardzo ważnych przeciwwskazań, a jako takie uważałbym tylko bardzo znaczne rozszerzanie się guza w miejsca nie bardzo dla noża przystępne, jak to było właśnie w przypadku drugim, gdzie torbiel wchodził aż pod mostek. W czwartym przypadku u 27-letniej wieśniaczki rozpozuano wole włókniakowe i ponieważ guz był miernie ruchomym, wydobyto go drogą krwawą. Był on wielkości cytryny, usadowiony po prawej stronie tchawicy i zachodził nieco pod mięsień schylacz; na przekroju okazywał miejscami zwapnienia. Wygojenie w trzech tygodniach. W piątym i szóstym przypadku miałem przed sobą wole, które sięgało od jednego schylacza do drugiego i od linii gnykowej aż do obojczyków, sprawiając mierną duszność znacznie przy pracy się jednak powiększającą. Z powodu wielkości guzów nienamawiałem chorych do operacyi, a raczej przedstawiłem im, iż należałoby jeszcze próbować innych bezkrwawych sposobów a przed innemi wstrzykiwań śródmiąższowych. U obojga chorych wykonano po kilkanaście takich wstrzyknięć w różne miejsca po całej strzykawce Pravaza, wypełnionej nastojem jodowym i skonstatowano u jednego zmniejszenie się obwodu szyi o 4 ctm. i ustąpienie duszności, u drugiej o 2 ctm. Obydwom chorym polecono przedstawić się po jakimś czasie celem stwierdzenia dalszego stanu i oznaczenia, czy jest konieczną operacya lub nie, gdyż ostatecznie przyznać należy, że wyjęcie zupełne jakkolwiek z pewnem połączone niebezpieczeństwem, przecież i w takich trudnych razach będzie wskazanem, jeżeli inne środki nie usuwają duszności, coraz mocniej się rozwijającej i do zejścia śmiertelnego prowadzić mogącej. Mniejsze bowiem niebezpieczeństwo połączone jest z wyłuszczeniem, chociażby bardzo dużego wola wykonanem bez pośpiechu, niż z tracheotomią nagle z konieczności w takim razie przedsięwziąć się mającą, jak tego doświadczyłem wraz z kolegą Pieniążkiem w jednym przypadku w praktyce prywatnej.

Klatka piersiowa i brzuch.

Mężczyzn 6. — Kobiet 7. — Razem 13.

Trzy przypadki większych lub mniejszych ropni zakończyły się pomyślnie i nie budzą żadnego interesu naukowego. Jeden przypadek próchnienia żebra u 24-letniego landwerzysty zasługuje o tyle na wzmiankę, że choroba ta jak również poprzednio przebyte zimne ropnie na barku, powstały skutkiem podziałania wilgoci, na którą naraził się, sypiając w namiotach lub barakach w ciągu kilkutygodniowych ćwiczeń; był

bowiem przedtem zupełnie zdrowym i w rodzinie jego nigdy nie pojawiały się tego rodzaju choroby.

Po rozcięciu zatok i wyłyżeczkowaniu kości wystąpiła róża i zapalenie płuc. Z powodu powolnej rekonwalescencyi przeniesiano go do szpitala Ś-go Łazarza. Jeden przypadek próchnienia 11-go kręgu plecznego z wytrwarzającym się garbem i lekkiem porażeniem kończyn dolnych u 6-letniego chłopczyka dał mi sposobność obok rozwinięcia przed uczniami patogenezy tej choroby, także pokazania im jak skutecznem bywa leczenie w takich razach za pomocą przyrządów wojłokowych. Apparat ten wykrojono i założono według metody Vogta, która jest jedyną nadającą się do praktyki w klasie uboższej, nie mogącej ponosić kosztów, jakie pociągają za sobą przyrządy podobne, modelowane przez specyalnych mechaników. W przypadku tym skuteczność była w oczy bijącą, albowiem chłopak ten zaraz po założeniu przyrządu zaczął chodzić, czego przedtem nie mógł uczynić.

Jeden przypadek otoku płuc (*empyema thoracis*) u dziewczyny 21 lat liczącej, trwającego od 3 tygodni, wyleczono zapomocą otwarcia klatki piersiowej i drenowania (*thoracentesis*). Najprzód przekonano się o obecności ropy za pomocą strzykawki Pravaza, następnie wykonano operacyą ściśle przeciwgnilnie, przyczem wypuszczono ropy około 3 litrów a przez gruby dren przestrzykiwano jamę rozczynem tymolu (1:1000). Chora wyszła w $2^1/_2$ miesiąca po operacyi zupełnie wyleczona, a płuco powróciło do dawnej swej funkcyi. Leczenie trwało w tym przypadku dłużej niż mi się to zdarza w innych przypadkach a to dlatego, że przystąpiono do operacyi już bardzo późno, o czem świadczyły niby błony, które w sporych kawałkach podczas operacyi wydobywać się dawały. Dla tego powinno się w wysięku opłucnowym robić punkcye próbne strzykawką Pravaza często a po stwierdzeniu ropy natychmiast przystąpić do operacyi.

Z nowotworów postrzeganych na klatce piersiowej w klinice stałej mam do zanotowania przedewszystkiem jeden przypadek (*fibroma molluscum*) mięczaka włókniakowego u mężczyzny 41 lat liczącego. Jest to ten sam Rafał Zieliński, który już raz operowanym i opisanym był przez ś. p. prof. Bryka w roku 1864. Po całem ciele znajduje się kilkaset guzików rozsianych od wielkości grochu do wielkości jaja kurzego nadto w miejscu, gdzie był przed 18 laty odjęty guz olbrzymich rozmiarów t. j. na prawej przedniej powierzchni klatki piersiowej daje się widzieć znów guz olbrzymi na trzy części podzielony, jakby z trzech głów ludzkich złożony, o szypule płaskiej, szerokiej, w okolicy 3-go żebra uczepionej i 49 ctm. w obwodzie liczącej. Najdłuższa część guza sięga aż do pępka, dwie inne 3 palce powyżej niego. Guz ten zaczął rosnąć na nowo w tem miejscu w 5 lat po pierwszej operacyi i doszedł obecnie do większych rozmiarów niż poprzednim razem. Na guzie największym widać dwa płaskie wrzody, prawdopodobnie od otarcia pochodzące. Nadto nadmienić należy, że klatka piersiowa po prawej stronie prawdopodobnie skutkiem działania tak znacznego ciężaru przez długi czas doznała zboczenia,

które na tem polega, że drugie i trzecie żebro są więcej ku przodowi wypukle, że odstęp między niemi jest znacznie większy i że mostek w tej samej wysokości również kopułowato jest wypuklony.

Operacyą wykonano skalpelem, zabezpieczywszy się poprzednio opaską uciskową Esmarcha. Naczyń podwiązano przeszło 40. Założono opatrunek przeciwgnilny, pod którym ta olbrzymia rana zagoiła się stosunkowo bardzo prędko, bo w 4 tygodnie po operacyi. Pierwszym razem był operowany pętlą galwanokaustyczną.

N a p l e c a c h okazywał 45-letni wieśniak. mięsak od 2 lat trwający, w którym to czasie od wielkości orzecha laskowego doszedł do wielkości głowy kapusty. Powierzchnia jego owrzodziała, gruczoły pod pachą naciekłe, znacznie powiększone. Ponieważ guz był jeszcze dosyć przesuwalny przeto wyjęto go, oraz i gruczoły pod pachą. Gojenie trwało około 2-ch miesięcy.

N o w o t w o r y s u t k a k o b i e c e g o zajmowały uwagę naszą w 5 przypadkach. Przedewszystkiem zaliczyłem tutaj jeden przypadek recydywy w gruczołach pachowych u kobiety 76-letniej, której przed 9-miesiącami w szpitalu Ś-go Łazarza odjąłem zrakowaciały sutek wraz z gruczołami pod pachą. W pół roku później zaczęły się znów pod pachą tworzyć guzy, które doszły do wielkości orzechów tureckich. Wydobyto je w narkozie. Zabliźnienie w dwóch tygodniach. Blizna na sutku nie okazywała żadnych stwardnień. Druga chora 44-letnia przyjętą została tylko dla rozpoznania i nekroskopii, gdyż okazywała objawy rozlicznych przyrzutów rakowatych (*carcinosis*) co też stwierdziło badanie pośmiertne. Trzecia chora 70-letnia dotknięta rakiem sutka prawego od roku, rozpadającym się, cuchnącym, lecz jeszcze nieco ruchomym, poddała się operacyi, przyczem usiłowano wydobyć i zajęte gruczoły z pod pachy, co się jednak tylko w części udało, gdyż po wyjęciu tych, które można było wyczuć przez skórę, pokazały się dalsze bardzo głęboko pod obojczykiem położone. W kilka dni po operacyi przyszło po rozlanego zap. tkanki łącznej i zap. żył w pasze i na ramieniu, a stąd zakażenie ropne, skutkiem którego umarła w 3 tygodnie po operacyi. Badanie pośmiertne: *Carcinomata metastatica hepatis et renis sinistri. Phlegmone textus cellulosi subcutanei et intermuscularis partis dextrae thoracis. Thrombosis venae axillaris et brachialis dextrae subsequa phlebitide et periphlebitide suppurativa ad partem inferiorem brachii dextri. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Infarctus et tumor lienis acutus. Processus atheromat. aortae. Hyperaemia et oedema acutum pulmonum.*

U czwartej 54-letniej chorej (od 2 lat) rozpoznano „*cystosarcoma mammae dextrae*" i wykonano amputacyę, która po miesiącu była zupełnie zagojoną. Najciekawszym zdaje mi się być przypadek piąty, dla tego podaję go w całości, jak następuje: L. T. lat 19, izraelitka, od 16 miesięcy zamężna, ze zdrowych rodziców urodzona, sama zawsze zdrowa, od 14 roku, regularnie miesiączkująca, urodziła w 11 miesięcy po ślubie zdrowego chłopaka a w trzy dni potem zauważyła, że na lewym sutku tworzy się jej guz prędko rosnący, ze skórą naprężoną, świecącą i zaczerwienioną.

Guz ten doszedłszy do wielkości pięści zwolna dalej się powiększał, skóra na nim zbladła i stał się większym niż poprzednio; wydzielanie pokarmu odbywało się zupełnie prawidłowo.

Badanie odbyte w 7-ym miesiącu po porodzie a więc i od czasu wystąpienia guza wykazało u młodej dobrze zbudowanej i odżywianej kobiety bez najmniejszej wady w płncach, sercu moczu i t. d. na sutku lewym w jego odcinku górno wewnętrznym guz wielkości główki noworodka, pokryty skórą bladą ze znacznie rozszerzonemi żyłami, łatwo w fałdę ująć się dającą, konsystencyi po części miękkiej, po częsci twardej, o powierzchni nierównej, pagórkowatej, przy ucisku nie bolesny, razem z sutkiem po klatce piersiowej przesuwalny, gdzieniegdzie chełboczący. Brodawka nie powiększona i nie wciągnięta wydziela przy ucisku pokarm prawidłowy. Gruczoły pod pachą niezajęte. Wykluczywszy raka, zapalenie chroniczne gruczołu (*mastitis chronica*) włókniaka, tłuszczaka, najwięcej prawdopodobieństwa miał mięsak torbielowy (*cystosarkoma*) i na tej podstawie przystąpiono do wyłuszczenia tego guza w narkozie chloroformowej. Gojenie rany odbywało się prawidłowo i nie przedstawiało żadnego interesu naukowego; tem większy zaś obudził guz wydobyty, który po przekrojeniu zawierał w torbie o ścianie gładkiej około 150 grm. pokarmu. Zatem mieliśmy do czynienia z tak zwanym guzem mlecznym (*galuctokele*), który można było poprzednio rozpoznać, gdyby się było uwzględniło dokładnie anamnezę, w której chora opowiadała, że guz ten nagle, bo w kilku dniach urosł do wielkości pięści i to zaraz po porodzie, rozpoznanie byłoby tem pewniejszem, gdybyśmy byli niedowierzając zajmującej nas myśli, zapuścili igiełkę strzykawki Pravaza w jedno z miejsc miękkich i chełboczących. Lecz jak z jednej strony pomyłka ta dyagnostyczna nie miała żadnych złych następstw dla pacyentki, tak z drugiej strony da się łatwo usprawiedlić raz nadzwyczajną rzadkością guza mlecznego, o którym mówi Billroth w swej najnowszej monografii o chorobach sutka, że go nigdy nie widział i że znanym mu jest tylko jeden niewątpliwy przypadek z literatury t. j. Scarpy, powtóre ową nierówną powierzchnią guza, która bardzo podobną była do owych uchyłków, jakie często napotykamy w cystosarkomie. Badanie anatomiczne wyjętego guza stwierdziło, że torba owa powstała skutkiem rozszerzenia się jednej części gruczołu piersiowego; jakoteż że tłomaczenie Billrotha, że rozszerzenie to powstaje skutkiem zatkania przewodów mlecznych w czasie karmienia jest słusznem, gdyż znalezione na ścianach torbiela guzki i strzępki okazywały pod drobnowidzem resztki gruczołu mlecznego z przewodami zaciśniętemi przez nowowytworzoną tkankę łączną. Ciecz badana pod drobnowidzem okazywała drobne kuleczki tłuszczu.

Części moczopłciowe.

Mężczyzn 11.—Kobiet 2.—Razem 13.

Jeden przypadek raka na prąciu u mężczyzny 40-letniego operowano za pomocą noża. Wyleczenie nastąpiło w 14 dniach. Przypadek ten

odznacza się tylko szczegółami etyjologicznemi, albowiem chory odnosi chorobę swą jeszcze do 20 roku życia, odkąd coraz trudniej oddawał mocz z powodu obrzmienia napletka wytwarzającego się z powodu zaciekania moczu pod napletek zwężony (*phinosis congenita*). Dopiero na rok przed operacyą zaczęły się tworzyć krostki, z których ostatecznie wyrobiły się wrzody cechy rakowatej.

Z dwóch przypadków zwężenia cewki moczowej po przebytych tryprach, leczono jednego 22-letniego mężczyznę za pomocą systematycznego wprowadzania świeczek (*bougies*), drugiego zaś 42-letniego od dziesięciu lat coraz gorzej mocz oddającego, któremu nawet najcieńszej struny wprowadzić nie było można, operowałem za pomocą cięcia zewnętrznego (*urethrotomia externa*). Tu mi się nasuwa sposobność omówienia leczenia następowego, podanego przez Hütera w Gryfii. Sposób jego polega na tem, że po rozcięciu zwężonej cewki przeprowadza się cewnik gumowy gruby, wypełniający całą cewkę, następnie się zaszywa ranę i opatruje przeciwgnilnie; do zewnętrznego otworu cewnika wkłada się rurkę szklanną, stojącą znów w związku z długą cewą gumową, której dolny koniec tkwi w naczyniu wypełnionem po części wodą. W ten sposób mocz jakby lewarkiem ciągle odpływa do owego naczynia, a rana może być antyseptycznie leczoną.

W ten sposób postąpiłem w tym przypadku i jeszcze raz oprócz tego w szpitalnym oddziale chirurgicznym i mogę go tylko jak najgoręcej polecić, nie dlatego, żebym był w stanie utrzymać ranę w stanie aseptycznym, jakto chce mieć Hüter, bo to zdaje mi się niemożebnem, ale dlatego, że ten sposób daje największą swobodę choremu. Po kilku dniach takiego spokojnego leżenia jestem za usunięciem cewnika stale umocowanego (*cathétère à demeure*) a systematycznem cewnikowaniem 3 razy na dobę. Nasz chory wyszedł w 37 dni po operacyi całkiem zdrów.

Jeden przypadek przetoki cewki moczowej w połowie prącia u 7 lat liczącego chłopca, powstałej przed 3-ma laty skutkiem ucisku przez kamień, który w tem miejscu utkwił i w szpitalu Ś-go Ludwika był tedy wydobytym. Przetokę wielkości grochu zagojono przez kilkakrotne odświeżenie brzegów i zeszycie.

Zapalenie pęcherza moczowego ropiaste (*cystitis purulenta*) u 23-letniego włościanina powstało bez wiadomej przyczyny. Leczono je przestrzykiwaniami 0,5% rozczynem karbolowym; lecz chory nie wytrwał i wyszedł wyleczony do domu.

Kamień pęcerza moczowego wydarzył się raz tylko u 70-letniego izraelity. Wykonano litotrypsyą za pomocą Thompsonowskiego litotryptera, przyczem kamień chwycony miał 9 linii. Ponieważ nie posiadałem naówczas jeszcze ewakuatora, aby za jednym zamachem pęcherz z odłamków wypróżnić, przeto miały być posiedzenia powtórzone. Tymczasem niecierpliwy chory opuścił w kilka dni po pierwszem kruszeniu klinikę. Odłamki okazały się jako fosforany.

Jeden chory z rozszerzeniem żył nasiennych (*varicocele*) opuścił zakład dobrowolnie, nie zezwoliwszy na żaden rękoczyn.

Raz spostrzegano zatrzymanie moczu z powodu przerostu gruczołu krokowego u 70-letniego starca, którego leczono systematycznem cewnikowaniem i przestrzykiwaniem $^1/_2{}^0/_0$ rozczynu karbolu. Opuścił zakład ze znacznem polepszeniem, które przy tem samem leczeniu coraz dalej postępuje.

Z trzech przypadków wodniaka mosznowego (*hydrocele tunicae vaginalis testis propriae*) operowano dwóch sposobem przeciwgnilnym, przez Volkmana podanym i ogólnie dzisiaj przyjętym. W trzecim postanowiłem zmienić metodę a to dlatego, że z kilkunastu dawniejszych moich przypadków powyższym sposobem operowanych, w dwóch choroba się odnowiła w przeciągu jednego roku. Wnosząc stąd, że ściśle przeciwgnilne (listerowskie) postępowanie nie sprowadza dostatecznego zlepnego zapalenia, z drugiej strony widząc, że rany w kościach po tychże wyskrobaniu bardzo ładną wypełniają się ziarniną przy użyciu tamponów z gazy jodoformowej, która obok tego utrzymuje doskonale aseptykę, użyłem tego samego sposobu w trzecim przypadku wodniaka mosznowego, w którego operacyi doszczętnej przecież oto się rozchodzi, aby powierzchnie surowicze dokładnie się z sobą zespoiły. W tym więc przypadku nie założyłem w jamę dwóch drenów jak w poprzednich, lecz ją wytamponowałem paskami z gazy jodoformowej, które co 2-gi lub 3-ci dzień zmieniano, przyczem wcale większej nie spostrzeżono wydzieliny z rany niż w poprzednich przypadkach, natomiast bardzo piękne, czerwone granulacye, które wkrótce całą jamę wypełniły. Gojenie również nie o wiele trwało dłużej, bo jeżeli w tamtych przypadkach zagojenie zupełne stwierdzono w 14—21 dniach to w tym przypadku osiągnięto je w 28 dniach. Lecz za to widząc tak bujną ziarniną, wypełniającą się jamę mamy pewność, że tu już nie przyjdzie do recydywy; zresztą nie chcąc sądzić z jednego przypadku, zastrzegam sobie wnioski dalsze po osiągniętem doświadczeniu w liczniejszych przypadkach, do czego mię w tym jednym razie otrzymany wynik najmocniej zachęca.

Rozumie się samo przez się, że wszystkie inne akty operacyi pozostają niezmienione, począwszy od pedantycznej czystości a skończywszy na dokładnem zespojeniu pochewki surowiczej ze skórą i hermetycznie przylegającym opatrunku, obejmującym cały brzuch, międzykrocze i udo.

Przetoka pęcherzo-pochwowa wielkości grosza u 40-letniej kobiety przed $2^1/_2$ miesiącami powstała po bardzo ciężkim porodzie zagoiła się szczęśliwie po zeszyciu odświeżonych brzegów za pomocą drutów przeprowadzonych igłą Mathien'go.

U 23-letniej kobiety stanu wolnego rozpoznano torbiel wychodzący z więzadła szerokiego, trwający już od lat 6-ciu i zaproponowano chorej operacyą doszczętną, na którą ona jednakże się nie zgodziła, żądając tylko wypuszczenia płynu, które jej uskuteczniono.

Przewód pokarmowy.

Mężczyzn 9.—Kobiet 2.—Razem 11.

W tej szczupłej grupie nie wiele mamy do zanotowania. Czterech mężczyzn (wszyscy izraelici) było leczrnych na przetoki stolcowe (*fistula ani*) i u wszystkich wykonano z dobrym skutkiem rozcięcie tychże. U dwóch przypalono guzy hemoroidalne za pomocą termokauteru.

Więcej może ciekawości wzbudzi doniesienie, że zdołałem usunąć wypadnięcie kiszki stolcowej u kobiety 46-letniej, która według podania od lat 40 na to cierpieć miała. Guz był wielkości sporej pomarańczy i bardzo chorej dokuczał, gdyż ciągle pozostawał na wierzchu. Zrobiono termokauterem 8 pręg szerokości jednego centimetra, schodzących się około otworu prowadzącego w głąb, odprowadzono prostnicę i zatrzymano ją w tem położeniu przez dni kilka za pomocą plastra lepkiego, ściskającego razem ze sobą dokładnie oba pośladki; naturalnie postarano się o powstrzymanie stolca przez ten cały czas. Kiszka wypadała coraz mniej a po tygodniu już wcale nie.

Mniej szczęśliwie powiodły się inne tutaj należące przypadki. I tak z trzech przypadków przepukliny musiano wydalić 4-letniego chłopca, okazującego bardzo znaczną ruchomą przepuklinę pachwinową, gdyż zamierzonej operacyi doszczętnej nie mogłem przedsięwziąć z powodu mimowolnego moczenia (*enuresis*), któreby udaremniło ścisłą antyseptykę w takich razach niezbędną.

Dwie przepukliny uwięźnięte (p. pachwinowa u mężczyzny 40-letnie go i p. udowa u 40-letniej kobiety) przybyły do zakładu pierwszy w trzecim dniu, druga w piątym po wystąpieniu choroby i to w takim stanie, że podczas operacyi znaleziono pętle jelit uległe zgorzeli, nadto w drugim przypadku objawy już rozwiniętego zapalenia otrzewny. Nie będę się tu dłużej zastanawiał nad wskazaniami do dalszego w takich razach postępowania a to tembardziej, ile że sprawa ta żywo była w ostatnich czasach roztrząsaną, a i ja sam miałem na II zjeździe lekarzy polskich sposobność zabierania w niej głosu. Jakkolwiek z zestawień owych i dyskussyi więcej wynikało prawdopodobieństwa, że korzystniejszą jest rzeczą w obec zgorzeli pętli jelitowej założyć sztuczny otwór stolcowy, niż wykonać rezekcyę jelita, to jednakże kwestya ta nie była jeszcze rozstrzygnięta i przedsiębranie operacyi tej osobliwie w zakładach, w których chorzy znajdują się w warunkach wykonaniu temu sprzyjających, jest zupełnie usprawiedliwionem. W obydwu powyższych przypadkach wykonałem rezekcyą jelit w je dnym do 20 ctm.. w drugim przeszło 20 ctm. długiego kawałka; naczynia krwawiące w kresce podwiązano katgutem i brzegi jelit zespojono szwem dwurzędowym Czernego z cienkiego katgutu. W pierwszym przypadku nastąpiła śmierć na drugi dzień po operacyi, pomimo że chory oddał dwa stolce; bliższe szczegóły nie są mi wiadome z powodu iż rodzina nie zgodziła się na badanie pośmiertne.

W drugim nastąpiła śmierć również na drugi dzień po operacyi,

a badanie pośmiertne stwierdziło śmierć ze świeżego zapalenia otrzewny; szwy trzymały dokładnie.

Również nieszczęśliwie zakończył się przypadek, w którym 60-letni mężczyzna doznał pchnięcia nożem w brzuch po stronie prawej, przyczem wypadły jelita w długości około dwóch metrów. W 24 godzin później przywieziono go do kliniki, nic więc dziwnego, że jelita wypadłe pokryte były warstwą wypociny włóknikowej, nieco rozdęte, silnie przekrwione i miejscami z sobą pozlepiane. Po dokładnem obmyciu rozczynem tymolu, odprowadzono jelita do jamy brzusznej i zaszyto ranę, która wynosiła do 8 ctm. długości, kilkoma szwami katgutowemi. Na drugi dzień wystąpiły wyraźne przypady zapalenia otrzewny, wśród których życie zakończył. Przy tej sposobności nasuwa mi się uwaga, która także i przed samem odprowadzeniem jelit myśl moją na chwilę zajęła, czyliby nie było korzystniejszem w takim przypadku jak obecny, wykonać rezekcyą wypadniętego jelita w zdrowem i w ten sposób zapobiedz zapaleniu otrzewny, które najprawdopodobniej nastąpić musi po odprowadzeniu jelita pokrytego wypociną, chociażby najstaranniej usuniętą. W tym przypadku powstrzymywała minie tylko znaczna długość wypadniętego jelita.

Kończyna górna.

Mężczyzn 10.—Kobiet 6.—Razem 16.

Z tej liczby uległo chorobie z powodu obrażeń zewnętrznych czworo, wszyscy mężczyzni. W jednym przypadku zmiażdżyła młockarnia pierwsze trzy palce ręki prawej, które zaraz odjęto; chory wyleczył się w kilku tygodniach. W drugim wyłuszczono przedramię ze stawu łokciowego, również z powodu zmiażdżenia w machinie rolniczej. Jeden zgłosił się z rozległem zapaleniem tkanki łącznej przedramienia po ukąszeniu przez psa. W czwartym zaś przypadku mieliśmy do czynienia ze stawem rzekomym (*pseudarthrosis*) powstałym w połowie kości ramieniowej lewej, którą sobie złamał chłopak 12-letni. Gdy nie można było wykazać żadnej ogólnej przyczyny, przyjęliśmy czysto miejscową i przystąpili do operacyi, która miała na celu odsłonić odłamki, odświeżyć ich końce, zespoić i na nowo ustalić. Cięcie zrobiłem po stronie zewnętrznej, odłamki były ukośne i od siebie warstwą mięśniową oddzielone. Po odświeżeniu ich zespojono je szwem z drutu srebrnego. Opatrunek jodoformowy ustalono za pomocą opaski Dessaulta, którą później zmieniono na zwykły przyrząd gipsowy z okienkiem dla rany. Zrośnięcie nastąpiło po kilku tygodniach, lecz mieliśmy przytem dwie niedogodności, najprzód że drut pozostał długi czas w ranie i mógł być dopiero po kilku miesiącach usuniętym, powtóre że skutkiem rozciągania rany hakami dla lepszego rozpatrzenia się doznał zapewne nerw sprychowy uszkodzenia, gdyż w kilka dni po operacyi spostrzeżono porażenie ręki z zagięciem ku stronie dłoniowej, które jednakże w ciągu dalszego leczenia zaczęło powoli ustępować. Mimo to ten sposób jest dobrym, bo jest pewnym i łatwo wykonać się dającym, a z tego powodu będzie on zawsze miał pierwszeństwo przed innemi, które może

w teoryi są bardzo piękne, w doświadczeniu na zwierzęciu są wyborne, ale na człowieku nie dadzą się zastosować.

Zniekształceń leczono cztery przypadki; z tego jeden zesztywnienia stawu łokciowego w skutek skręcenia (*distorsio*) doznał polepszenia po rozdarciu podskórnem (*brisement forcé*), trzy inne okazujące przykurczenia (*contracturae*) po oparzeniach były leczone za pomocą noża. Wynik operacyi tych był dosyć pomyślnym, osobliwie w dwóch przypadkach przyrośnięcia ramienia do klatki piersiowej osiągnięto dosyć znaczny stopień ruchomości, podczas gdy w trzecim, gdzie 4 palce zrosły się swemi grzbietami z grzbietem ręki osiągnięto tylko cel kosmetyczny, o który tu najbardziej młodej pacyentce chodziło.

Z guzów, któreśmy tutaj obserwowali nie zasługuje żaden na bliższą wzmiankę, z trzech bowiem przypadków, był jeden guz jamisty na ramieniu, który wygoiliśmy przez przyżegiwania termokauterem; w drugim kostniak (*osteoma*) na członku palca 4-go, który odjęliśmy kleszczami i torbiak (*hygroma tendogeneticum*), który wyleczyliśmy przez rozcięcie. U tej ostatniej chorej znaleziono przy badaniu ogólnem rzadko bardzo napotykany stan obydwu stawów barkowych znany w patologii jako wrodzone zwichnięcie barku. Dziewczyna ta lat 26 licząca, opowiadała, że stan ten trwa odkąd tylko zapamiętać może i że nigdy nie może trudnić się ciężką pracą, z powodu słabości kończyn górnych. Badanie wykazało bardzo słabo rozwinięty mięsień naramienny, spłaszczenie barku, dołek pod wyrostkiem barkowym i główkę umieszczoną pod wyrostkiem kruczatym. Mimo to były panewki dosyć dobrze utrzymane, gdyż chora była w możności pewnym ruchem mięśni dobrowolnie odprowadzić główkę do panewki lub z powrotem pod wyrostek kruczaty. Zresztą nie było żadnych zboczeń ani w tych ani w dolnych kończynach.

Z chorób zapalnych na kończynie górnej postrzegano jeden przypadek martwiny grzebienia łopatki po przebytej ospie i cztery przypadki grzybowatego zapalenia stawu łokciowego, z których jednemu odjęto kończynę w połowie ramienia, dwoje wygoiło się w krótkim czasie po wykonaniu zupełnej rezekcyi stawu łokciowego z możebnością ruchów a ostatniemu wypiłowano tylko jednę część stawu, mianowicie *condylus externus* i główkę kości sprychowej; tenże przeniesionym został do szpitala Ś-go Łazarza, zkąd prawie na wygojeniu wyszedł do domu.

Kończyny dolne.

Mężczyzn 29.—Kobiet 24.— Razem 53.

Uraz (*trauma*) stał się cztery razy przyczyną chorób spostrzeganych na kończynie dolnej. I tak musiano 17-letniemu parobczakowi odjąć w podudziu nogę z powodu zmiażdżenia stopy w młockarni; rana amputacyjna goiła się nieco dłużej (8 tygodni) niż zwykle, z powodu zgorzeli w płacie.

Rana postrzałowa w kolano; pocisk (loftkę) wydobyto z rzepki, po czem nastąpiło znaczne zropienie tkanki łącznej do około stawu i między mięśniami. Po rozcięciu zatok ropnych nastąpiło zagojenie ze sztywnością kolana.

Siedmioletni góralczyk skręcił sobie staw skokowy, skutkiem czego przyszło do zropienia tegoż stawu. Otwarcie i drenowanie nie wystarczyło, a gdy z powodu utrzymującej się gorączki chciano stopę odjąć, zabrali go rodzice do domu.

U 15 letniej dziewczynki, która spadłszy z wozu nie mogła więcej wstać, rozpoznano na podstawie skrócenia kończyny o $1^1/_2$ ctm. wywrócenia stopy na zewnątrz, zbliżenia krętarza do kolca biodrowego i bolesności w okolicy stawu biodrowego, zwichnienie pod kość łonową (*luxatio pubica)* i po zachloroformowaniu odprowadzono główkę na swoje miejsce. Bóle zaraz ustały a w kilka dni później, pacyentka mogła już powoli się przechadzać.

W pięciu przypadkach martwiny kostnej, która powstała w części skutkiem zapalenia szpiku (*necrosis centralis)*, w części skutkiem zap. okostny (*necros. peripherica*), wydobyto martwinki *(necrotomia)* i to dwa razy z kości udowej, a trzy razy z goleni.

Operacye te wykonywano za pomocą dłutka i młotka, jamę kostną oczyszczano łyżeczką ostrą i tamponowano gazą jodoformową, poczem zakładano opatrunek przeciwgnilny dobrze uciskający,—tak że dopiero po wszystkiem zdejmowano wąż Esmarcha. Gojenie postępowało bardzo ładnie i prędko.

Raz jeden doprowadziła całkowita martwina kości goleni do przebicia się ropy w staw skokowy, z którego to powodu wykonano amputacyę w goleni, która bardzo prędko się zagoiła.

U dziewczynki 4-letniej znalazłem przy zgłoszeniu się do kliniki przypady złamania kości udowej obok przetoki ropnej. Anamneza nie wykazała żadnej przyczyny traumatycznej, tylko ostre zapalenie od 3 tygodni trwające, przeto rozpoznano „*Fractura ossis femoris spontanea post osteomyelitidem acutam*".

Ropień wydrenowano, a kończynę ułożono w przyrządzie ciężarkowo-wyciągającym, w którym zrośnięcie złamania nastąpiło w przeciągu 4 tygodni. Postępowanie to usprawiedliwiałem tem, iż martwina kości trwa zaledwie od 3 tygodni; gdyby to było w okresie późniejszym, w którym możnaby przypuszczać oddzielenie martwaków, byłbym je przed ułożeniem kończyny wydobył i tak sprawę reparacyjną ułatwił. Tymczasem wydobycie odbyć się będzie mogło dopiero później, w którym to celu z powodu zamknięcia kliniki odesłano chorą do szpitala Ś-go Łazarza. Z trzech przypadków przewłocznego ograniczonego zapalenia kości, rozpoznano jako takie tylko dwa, o trzeciem dowiedziano się dopiero po wykonaniu amputacyi. Nazwałbym to marnotrawstwem czasu i miejsca, gdybym się chciał tutaj bliżej zastanawiać nad tą ciekawą i ważną formą chorobową, w obec dokładnego jej obrazu skreślonego niedawno w Gazecie lekarskiej przez kol. Matlakowskiego; dlatego przystępuję wprost do treściwego opisu wszystkich trzech przypadków.

1. W. W. lat 16 z Żegocina, powiatu Ropczyce przybył 25 Marca 1882 do kliniki chirurgicznej z powodu bólów w obudwu goleniach, któ-

re mu wprawdzie pozwalają chodzić, lecz wzmagając się od czasu do czasu, czynią go niezdolnym do każdej znaczniejszej pracy. Stan ten trwa od lat pięciu; przyczyny podać nie umie. Badanie wykazało w połowie przebiegu obydwóch piszczeli na ich przedniej powierzchni, wyniosłości podłużne, twarde, z kością złączone, skórą nieprzesuwalną pokryte, przy ucisku nieco bolesne. Stan ogólny dobry. W przypuszczeniu powyżej wymienionej choroby rozcięto skórę i okostnę, odsunięto tę ostatnią na boki za pomocą elewatorów i dłutkiem dostano się w głębokości $1^1/_2$ ctm. do jamki nie większej niż fasolka, tak po jednej jak i po drugiej stronie. Tamponada gazą jodoformową. W kilka dni na lewej goleni pojawiła się róża, która prędko ustąpiła. Wygojenie nastąpiło w kilku tygodniach. Bóle przeszły zupełnie.

2. Podobnie przebiegał i następujący przypadek: M. K. lat 19 licząca, służąca, cierpi od lat kilkunastu na bóle w lewej piszczeli, od czasu do czasu się wzmagające. W połowie przebiegu piszczeli lewej wyniosłość podobna jak w poprzednim przypadku. Po rozdłutowaniu pokazała się tu jama ropna większa, wielkości orzecha laskowego, wypełniona na pół gęstą ropą brudnawą. Bóle ustąpiły. Gojenie postępuje dobrze. (Przeniesiona do szpitala).

3. Najwięcej interesu budzi trzeci przypadek, w którym rozpoznanie dopiero z oględzin odjętej kończyny postawiono: M. K. lat 18 licząca, wieśniaczka, opowiada, że od lat siedmiu cierpi na kolano; początkowo przeleżała pół roku w łóżku, a gdy jej się zrobił otwór po stronie wewnętrznej kolana i obok wielkiej ilości ropy odszedł i kawałek kości, natenczas kończyna sklęsła, a pacyentka zaczęła chodzić z początku o kulach, następnie tylko o lasce. Przed 4-ma tygodniami upadłszy na to kolano, zaczęła na nie znów mocniej cierpieć i już odtąd z łóżka podnieść się nie może. Jeżeli w obec tej anamnezy dodam, żeśmy znaleźli przy badaniu dziewczynę bladą, źle odżywioną, kończynę lewą w kolanie znacznie obrzmiałą i kątowato zagiętą. (*Luxatio tibiae postica)* na boki nieprawidłowo poruszalną i przy ucisku bolesną, nikt się nie zdziwi, żeśmy rozpoznali miejscową gruźlicę nasady kości udowej, lewej, z następowem przebiciem się do stawu kolanowego i patologicznem zwichnieniem goleni ku tyłowi i że na tej podstawie odjęliśmy kończynę w dolnej, trzeciej części uda. Jakież było nasze zdziwienie, gdyśmy w celu demonstracyi odjęte kolano podłużnie przepiłowali: Dolna nasada (*epiphysis)* kości udowej złączona z trzonem kości ukośnie tak, że kłykcie udowe nie w dół lecz ku tyłowi patrzą, stąd owo zagięcie goleni i nieprawidłowa ruchomość na boki. Zresztą staw sam zupełnie prawidłowy. W dolnej części zgrubiałego i twardego trzonu w samym środku wśród słoniowato-twardej kości jamka wielkości sporego orzecha tureckiego, wypełniona gęstą, żółtą ropą i wysłana błoną gładką. Na granicy między trzonem a nasadą, ani śladu istoty chrząstkowej, a natomiast wyraźna massa kostna, zespajająca obiedwie te części kości. Po takiem odkryciu staraliśmy się dopełnić anamnezy i rzeczywiście przyznała dziewczyna, że zaraz z początku w pierwszem półroczu zakrzywiła

się jej noga w kolanie i odtąd taką pozostała. Dlatego rozpoznano później: *Deformatio genus sinistri post secessionem epiphyseos pathologicam*; *abscessus intraossealis.*

W końcu pozwolę sobie zrobić kilka uwag. Przedewszystkiem zdaje się, że choroba ta nie jest znów tak rzadką, jak to twierdzą autorowie; że zaś ona rzadziej była postrzeganą, zdaje się to mieć przyczynę w dwóch okolicznościach, naprzód w tem, ze ta forma cierpienia kostnego nie bywa osobno omawianą, jak tego dowodzą najnowsze jeszcze podręczniki chirurgiczne, a powtóre, że w oko wpadały zazwyczaj przypadki, odznaczające się bardzo wielką bolesnością, podczas gdy z mniej bolesnemi przypadkami chorzy się do lekarzy najczęściej nie zgłaszają. Oprócz tych trzech w jednym roku w klinice spostrzeganych przypadków, leczyłem w szpitalu Ś go Łazarza jeszcze jeden w ciągu tego samego roku, a drugi przed kilkoma laty.

Co do patogenezy, to najzupełniej piszę się na wywody Matlakowskiego i nie wiedząc o jego zapatrywaniach, tak samo w wykładach moich tłómaczyłem powstanie tych ropni za pośrednictwem mikroorganizmów. Najwięcej przemawiającym za tą teoryą byłby przypadek pierwszy, gdzie systematycznie na obu piszczelach znachodziły się ropnie, a jeszcze bardziej jeden z przypadków moich w szpitalu spostrzeganych, gdzie takie ropnie były nie tylko na obu piszczelach, lecz i na obu zewnętrznych kłykciach kości ramieniowej. Naturalnie, że obok tej ogólnej przyczyny muszą być i miejscowe, czy to będzie przeziębienie, przemoczenie, uderzenie, czy też wady w krążeniu, w to bliżej tutaj wchodzić nie chcę.

Cztery przypadki zapalenia stawu biodrowego dały mi sposobność do zapoznania słuchaczów z różnemi formami i okresami tej tak często niestety pojawiającej się choroby.

Dwa przypadki należały do lżejszych, jeden z nich bowiem wziąwszy początek w uderzeniu, ustąpił po kilkotygodniowem leczeniu za pomocą ciężarków, drugi był typem owej najczęściej zdarzającej się dobrowolnej, chronicznej „*coxitis*”, którą również przez rozciąganie leczyliśmy, a którą następnie dla dalszego leczenia, gdy już nie przedstawiała interesu naukowego do szpitala przeniesiono.

Dwa inne przypadki należą do ciekawszych. W jednym z nich 24-letnia wieśniaczka podpadła w skutek przeziębienia przy pasaniu bydła ostremu gośćcowi, który zlokalizowawszy się w stawie biodrowym i kolanowym lewym, przeważnie zaś w pierwszym sprowadził znaczny wysięk w torbę stawową, a następnie zwichnienie samowolne śródtorebkowe (*luxatio distentionis*), przyczem kończyna lewa zgięta w biodrze i kolanie przyciągnięta ku wewnątrz aż po za linią środkową z krętarzem o 3 ctm. bliżej kolca ułożonym była tak bolesną, iż najmniejszy ruch sprawiał chorej szalone bóle. Gdy pod chloroformem kończynę napowrót w prawidłowym kierunku ułożono i za pomocą ciężarkowego przyrządu ustalono, ustąpiły bóle te natychmiast i bezpowrotnie. Celem dalszego leczenia przeniesiono

ją do oddziału chirurgicznego, skąd po kilku tygodniach wyszła wyleczona. W drugim przypadku stosowano wszystkie środki kolejno od najłagodniejszych do najenergiczniejszych, 15-letni student kulał przez kilka miesięcy nie lecząc się wcale, gdy już nie mógł chodzić, zgłosił się do szpitala Ś-go Łazarza, gdzie skonstatowano „*coxitis in stadio primo*". Po kilkumiesięcznem leczeniu, w przyrządzie ciężarkowym, miał się o tyle lepiej, że mógł się udać do domu na ferye w okolicę górską z poleceniem chodzenia o kulach i w bócie o podwyższonej podeszwie na nodze zdrowej; mimo to wrócił chory po 3 miesiącach z wybitnemi ropniami w okolicy krętarza i powyżej. Po rozcięciu tych ropni nie znaleziono nigdzie komunikacyi ze stawem, przeto nie przystąpiono odrazu do rezekcyi, dopiero gdy zatoki porozcinane nie okazywały dążności do gojenia się, a obawa zachodziła znacznego wycieńczenia sił przez długotrwałe ropienie, cięciem LANGENBECKA odjęto główkę wraz z szyjką i wyskrobano panewkę również mocno zniszczoną. Gdy jednak mimo to gojenie nie postępowało i ropa odpływała w znacznej ilości, przystąpiono do odjęcia całej kończyny, co uskuteczniono przy użyciu węża Esmarchowskiego, który ustalono w górze tuż pod wężem Poupartowym za pomocą dwu szpilek stalowych z grotami o średnicy 4 mm. a długości 30 ctm. wbitych po obudwu stronach tętnicy udowej. W ten sposób wykonywa się wyłuszczenie w stawie biodrowym prawie bezkrwawo. Chory ten znachodzi się obecnie w szpitalu jako rekonwalescent.

Cztery przypadki grzybowatego zapalenia w stawie kolanowym dały powód do wykonania dwóch rezekcyi tegoż stawu, z których jedna (23-letnia wieśniaczka) po półrocznem leczeniu wyszła zupełnie wyleczona, druga zaś (20-letni piekarczyk) musiała z powodu zatrucia jodoformowego uledz amputacyi (patrz Przeg. lek. 1882. Nr. 6).

W trzecim niezgodzili się rodzice na proponowaną rezekcyę i zabrali chorego 7-letniego, który przez kilka tygodni leżał w przyrządzie gipsowym i miał w kolano śródmiąszowo wstrzykiwany 2 procentowy rozczyn karbolowy, bez widocznego skutku, do domu celem udania się z nim do solanki rabczańskiej. Przy tej sposobności muszę się oświadczyć z tem, iż nie bardzo chętnie przystępuje u dzieci do rezekcyi, osobliwie zaś na kolanie, gdy pozbawia się ich przez to dwóch nasadek (*epiphysis*), które jak wiadomo najwięcej się przyczyniają do wzrostu kości podłużnego, przez co tenże jak to już niejednokrotnie zostało stwierdzonem, znacznie cierpi. Dlatego jestem bardzo za ustaleniem nogi w gipsie lub innym jakim przyrządzie, osobliwie takim, który dozwala zresztą przenosić się z miejsca na miejsce np. o kulach; wstrzykuję śródmiąszowo rozczyn karbolowy według HÜTERA i to nieraz z bardzo dobrym skutkiem; a wreszcie odsełam do solanek jodo-bromowych bez wątpienia zbawiennie w takich razach działających.

Jak sobie tłómaczyć działanie tych wstrzykiwań, do prawdy że trudno jest zdobyć się na twierdzenie jakieś stanowcze, wiadomo, że teoryą

samego autora, twierdzącego, że rozczyn karbolowy zapobiegać ma rozwojowi mikroorganizmów z krwi tutaj deponowanych i wśród sprzyjających warunków dojrzewających, przyjęto z niedowierzaniem; ba krytyka zaliczyła pojęcia te pomiędzy mrzonki a jednakże zaczynają one nabierać teraz ciała w obec najnowszego odkrycia Koch'a. Skutki z takiego leczenia byłyby z pewnością lepszemi, gdybyśmy mieli możność rozpoznawania pierwszych zawiązków tych ognisk, a powtóre gdyby one nie siedziały wśród kości, przez co dostawanie się tam narzędziami delikatnemi tak znacznie bywa utrudnionem.

Dopiero gdy te środki nie pomagają, należy zdaniem mojem przystąpić do energiczniejszych jak: ignipunktura Kochera, wyskrobanie łyżeczką ostrą, rezekcya i amputacya. W ogólności winna terapia dążyć do zniszczenia ogniska chroniczno-zapalnego, gdyż więcej przemawiają do przekonania wywody Volkmanna i Königa, którzy przypuszczają, że one ostatecznie zawsze doprowadzić mogą do ogólnej gruźlicy, niż dawniejsze twierdzenie Friedländera, który je zupełnie nieszkodliwemi mianował lub Sonnenburga, który przynajmniej dla jednej części tych spraw miejscowy nieszkodliwy charakter zatrzymać pragnie. Stąd też wypływa nauka, że wcześnie, a doszczętnie wykonana operacya powinna być uwieńczoną dobrym skutkiem, a jeżeli tak się nie dzieje w każdym przypadku, to pochodzi stąd, że nie zawsze jesteśmy w możności ocenić w jakim okresie choroba się znajduje. Nic więc dziwnego, że w ostatnich czasach doczekaliśmy się nawet reakcyi przeciw rezekcyom a silnego przemawiania za amputacyami np. ze strony takiej powagi jak König. Z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że ogniska takie leczą się także dobrowolnie, jeżeli tylko nie przychodzi do przebicia się w staw lecz na zewnątrz. Ja z mego doświadczenia dodałbym, że te ostatnie rodzaje ognisk które albo same się goją lub też po prostem wyłyżeczkowaniu, odznaczają się tem że są ściśle odgraniczone i to za pomocą kości stwardniałej (*eburneatio)* i dotyczą zazwyczaj jednej kości, gdy tamte są rozlane i na granicy również miękkie a zajmują najczęściej cały szereg drobnych kości. Rozpoznanie jednak nie jest łatwem, najczęściej niepodobnem. Możebnem jest ono natenczas, jeżeli równocześnie w innych organach wykazać się dają fizycznie objawy nacieków gruźliczych. Być może że dalsze badania w kierunku najnowszych odkryć Koch'a dadzą nam i pod tym względem jakie wskazówki, bo jeżeli badanie fizyczne nie wykaże żadnych zmian, to wykrycie laseczników gruźlicowych czy to w plwocinach, czy we krwi rzucałoby pewien cień podejrzenia, Nawet i co do patogenezy pierwotnych ognisk kostnych mogą one dać nam wyjaśnienia: boć jeżeli z nich ma wziąć początek zakażenie ogólne w myśl Volkmanna lub König'a to musimy tam znaleźć kolonie laseczników, choćby ich gdzie indziej nie było. W przeciwnym razie musiałoby zwyciężyć zdanie Friedländera i Sonnenburga.

Jeszcze na jeden szczegół zwrócić muszę uwagę łaskawego czytelnika, oto że według doświadczeń Schüllera ogniska takie biorą najczęściej po-

czątek od drobnych urazów, stłuczeń i t. p. u indywiduów skrofulicznych; w ostatnich jednak czasach zwrócił uwagę Lücke na to, że i inne przyczyny mogą tu odgrywać rolę, a mianowicie złogi po chorobach zakaźnych jak ospa, odra, płonica i t. p. Mając w tym roku uwagę na to zwróconą, muszę oświadczyć, że przynajmniej w połowie tych przypadków, któreśmy spostrzegali w klinice stałej i ruchomej, znaleźliśmy ślady przebytej ospy, jako niezbite dowody przebytej choroby zakaźnej; a czy w innych nie mogły być inne choroby zakaźne, które nie pozostawiają po sobie żadnych śladów, a o których od otoczenia chorego tylko czasem na pewno dowiedzieć się można? Widzimy więc że pojęcia nasze na tem polu postąpiły wprawdzie daleko, lecz pozostaje jeszcze wiele do wyświecenia.

Zapalenia kości stopy spostrzegaliśmy 11 razy, a mianowicie na śródstopiu 3 razy, kości piętowej 3 razy i kości wchodzących w skład stawu skokowego 5 razy. Stosując się do powyżej wyłuszczonych zasad terapii, użyłem raz wstrzykiwań karbolowych, śródmiąższowych z dobrym skutkiem, gdyż ustąpiły bóle, które w kości piętowej od kilku miesięcy trwały i przy ucisku na nią się zwiększały. W drugim nieco już więcej rozwiniętym przypadku nie pomogły ani te wstrzykiwania ani ignipunktura w miejscach bolesnych, ani nawet tamże zastosowane łyżeczkowanie, musieliśmy przystąpić do odjęcia stopy w stawie sposobem Choparta, poczem nastąpiło zagojenie. Indywiduum to było wybitnie zołzowe: skóra blada, łatwo wypryskowi ulegająca, zimne ropnie na twarzy, gruczoły powiększone i t. p.

W pięciu przypadkach stosowałem skrobanie kości zposoczałych na stopie i to przeważnie tam, gdzie do koła tych ognisk chociażby dużych np. kilka kości śródstopia zajmujących, znajdowały się granice z kości twardej (*eburneatio*). Większa część tych chorych poszła wyleczona do domu, u dwojga i to takich, u których nie było tego odgraniczenia twardą kością, trzeba było proceder ten po kilkakroć powtórzyć, ostatecznie opuściły one zakład w stanie prawie zupełnego wygojenia, a w każdym razie znakomitego polepszenia.

W dwóch bardzo rozległych przypadkach odjęto nogę w goleni. Dwoje nie zgodziło się na proponowane leczenie i opuściło zakład w tym samym stanie, w jakim przyszli.

Przyjęto także kilka przypadków wrzodów przewłocznych goleni, owej plagi warstwy społeczeństwa niższej, aby uczniom pokazać metodę leczenia tych wrzodów a osobliwie skuteczności leczenia za pomocą opasek gumowych Martina. Przed innemi odznaczył się przypadek „*elephantiasis ulcerosae*” bardzo wysokiego stopnia, której właścicielka zgadzała się nawet na amputacyą, a która przy użyciu jodoformu i opasek Martina znakomitego doznała polepszenia. Jeden wyrobnik od lat kilkunastu na wrzód cierpiący, poddał się amputacyi i wyszedł zdrów.

Dwoje chorych z ropniami przedrzepkowemi i jeden chory z wrośniętemi paznokciami u dużych palców, przyjęci byli dla ćwiczeń w operacyach przez uczniów przedsiębranych.

Z trzech przypadków zniekształceń dotyczyły dwa stopy *(pes varus)* i nie przedstawiały żadnego interesu naukowego—o tyle zaś więcej jeden przypadek koślawych kolan (*genua valga*) u 17-letniego stolarczyka od półtora roku na to cierpiącego. Chodzenie stało mu się trudnem, gdyż obiedwie nogi uległy temu skrzywieniu, przeważnie zaś lewa; oddalenie bowiem środka rzepki od linii łączącej trochanter z kostką zewnętrzną wynosiło po stronie prawej: 7 cm. a po lewej: 9 cm. Opierając się na statystyce operacyi Ogstona, jakoteż na wywodach Mac Ewen'a i Mikulicza, zgodziłem się na osteotomią w dolnej części diafizy kości udowej i wykonałem ją na lewej nodze według wskazówek Mac Ewen'a za pomocą dłutka i młotka, zachowując wszystkie przepisy antyseptyki. Oddziaływania nie było żadnego; rana się zagoiła pod trzema opatrunkami w bucie Petita, poczem założyliśmy opatrunek gipsowy, aby przyśpieszyć zrośnięcie kości; które też skonstatowano w 6 tygodni po operacyi.

Następnie założono opatrunek gelatynowy i pozwolono chodzić o kulach. Chory wyszedł do domu i ma się po kilku miesiącach zglosić celem wykonania takiej samej operacyi na nodze prawej.

Tutaj wspomnieć mi wypada także o chorej, która operowaną była przez ś. p. Bryka, a którą opisał w Przegl. lek. (1881 Nr. 30) dr. Schramm zgłosiła się ona z powodu bólu, którego doznawała w miejscu, w którem wykonaną była osteotomia celem zniesienia końskiej stopy. Po operacyi miała się dobrze przez dwa miesiące; odtąd jednak zaczęła ją noga boleć w miejscu, gdzie była wypiłowaną kość skokowa. Badanie nie wykazało nic pewnego oprócz zwiększającego się przy ucisku bólu. Zastosowany przyrząd gipsowy na kilka tygodni nic przyniósł spodziewanej ulgi. Przypuszczałem że może powierzchnie przepiłowanej kości z sobą się nie zrosły, lecz dopiero dłuższa obserwacya, celem której przeniesioną została do szpitala S-go Łazarza wykazała, że przyczyną tego była zołzowatość wkrótce bowiem pokazały się wybitne jej przypady. Trauma operacyjne było więc tylko ostatecznym powodem do wywołania zapalenia w kości w myśl twierdzenia Schüllera. Chora nie zgodziła się na proponowane leczenie i z tego powodu wydalono ją ze szpitala.

W końcu pozostają mi do omówienia jeszcze n o w o t w o r y, któreśmy spostrzegali w tym roku na kończynie dolnej.

Operowano z pomyślnym skutkiem trzy torbiaki przedrzepkowe i jeden torbiak zajmujący całą zewnętrzną powierzchnię uda od krętarza aż do kłykcia zewnętrznego. Torbiak ten rósł trzy lata, a gdy doszedł do tej wielkości zaczął utrudniać chód. Przy operacyi wykazało się, że był on zrośnięty z powięzią szeroką uda i że wytworzył się z torebki maziowej, przykrętarzowej (*bursa trochanterica*). Pomimo tak olbrzymiej rany szło gojenie prawidłowo pod opatrunkiem przeciwgnilnym.

Z powodu śluzo-chrząstniaka (*myxo-chondroma*) goleni lewej, który w ciągu roku doszedł do wielkości dwóch głów męzkich, musiano ampu-

tować udo u 18-letniej dziewczyny. Wyszła zagojona w miesiąc po operacyi.

Dwa razy spostrzegaliśmy raka na goleni, który wytworzył się był na podstawie długotrwałych wrzodów; w jednym z nich przyszło do złamania samowolnego. Wykonano amputacyę w udzie i w goleni. Badanie mikroskopowe stwierdziło rozpoznanie. W końcu spostrzegano jeden przypadek rozpoczynający słoniowatości goleni i operowano dwa przypadki włókniaków na goleni względnie na stopie.

Дозволено Цензурою, Варшава 9 Декабря 1882 г.—Druk Ziemkiewicza i Noakowskiego Krak.-Przedm. N 15.